

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Année scolaire 2024/2025

(1 formulaire par enfant)



Ecole Sainte Marie-Union Chrétienne

9 rue Barbatte 05.49.62.62.80 / 3 impasse Sainte Radegonde 05.49.62.62.80

86000 POITIERS Tél : 06.72.45.11.89

saintemarie.uxsc@gmail.com

Photo récente à
coller

Elève :

Inscription en classe de : Toute petite section Petite Section Moyenne Section Grande Section
 CP CE1 CE2 CM1 CM2

NOM (majuscules) : Prénoms :

Né(e) le : A :

Adresse :

.....

Religion : Date de Baptême : Première Communion :

Ecole précédente (si changement) + adresse :

.....

Services périscolaires

CANTINE	1 jour/semaine	2 jours/semaine	3 jours/semaine	4 jours/semaine	5 jours/semaine
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Mercredi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>
REGIME SPECIAL	<input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> autres PAI				
	Les repas sans porc ne pourront être servis qu'en service régulier (pas avec des tickets car ils nécessitent une commande en amont)				
	Les paniers repas ne seront acceptés que pour les PAI qui ne peuvent pas être préparés par la société de restauration				

GARDERIE DU MATIN	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------

GARDERIE DU SOIR	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------

Les parents s'engagent pour l'année scolaire sur un seul type de forfait Les jours de cantine choisis sont fixes et ne peuvent pas être changés.

APEL

J'adhère à l' APEL (association des parents d'élèves) 22 € oui Non

(La somme sera prélevée sur la première facture)

Je choisis comme mode de règlement : le prélèvement automatique (remplir un mandat SEPA pour une première inscription ou en cas de changement bancaire)

un autre moyen (+50€ par famille pour frais de gestion)

Santé (fournir une photocopie du carnet de santé lors de la première inscription)

Date dernier vaccin DT Polio :
(Revaxis, Repevax, Tetravac ou Infanrix)

Dates 2 vaccins ROR : et
(Priorix ou MMR Vax)

Allergie médicamenteuse : Allergie alimentaire

PAI : oui **(remplir le document prévu à cet effet par le médecin à fournir le jour de la rentrée)**

Suivi paramédical (orthophoniste, psychologue...) :

Numéro de sécurité sociale :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

J'autorise l'école à prendre les mesures nécessaires pour la santé de mon enfant : NON
(hospitalisation et/ou intervention chirurgicale) OUI CHU
 Polyclinique

J'autorise les enseignants à utiliser les photos de mon enfant, réalisées au cours des activités scolaires : NON OUI

Famille :

Personne(s) juridiquement responsables de l'enfant : père et mère père mère
(fournir le justificatif de droit de garde si nécessaire) autre (préciser)

Situation familiale : Mariés Vie Maritale Séparés/Divorcés Veuf(e) Célibataire

Nombre d'enfants à charge :

	PERE	MERE (indiquer aussi nom de jeune fille)
NOM		
Prénom		
Adresse (si différente)		
Profession		
Nom et coordonnées de l'employeur		
N° de portable personnel		
Adresse mail		

Nous, parents, confirmons les renseignements contenus dans ce formulaire et nous engageons à signaler toute modification.

Nous déclarons accepter le projet éducatif, le règlement intérieur, le règlement financier

Fait à le

Signatures :

Père*

Mère*

précédée de la mention "lu et approuvé"

La signature des deux parents est obligatoire